

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Мороз Д.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Оценка качества жизни (КЖ) больных получает в медицине все большее распространение, о чем свидетельствует нарастающее количество публикаций по данной проблематике [1,2]. КЖ является высокоинформативным, чувствительным, простым и экономичным методом оценки функционирования личности в социуме, позволяющим оценить компоненты физического, психологического, эмоционального, социального функционирования человека и получить ценную

многомерную информацию об индивидуальных реакциях человека на болезнь и проводимое лечение. Уровни КЖ имеют высокую корреляцию с показателями выживаемости в процессе лечения. Поэтому оценка КЖ, наряду с 5-ти летней выживаемостью, применяется в онкологии и является важным критерием при оценке эффективности лечения [1].

**Цель** – установление степени влияния уровней КЖ на эффективность проводимого лечения больных онкомаммологического профиля.

**Материалы и методы.** Проанализированы 630 случаев реализации медицинских технологий у больных раком молочной железы в учреждении здравоохранения «Витебский областной клинический онкологический диспансер», динамика состояния здоровья и КЖ данных больных на основных этапах лечения (оперативное лечение, лучевая терапия, химиотерапия) от начала госпитализации до окончания лечения по радикальной программе. Использованы социально-гигиенический метод (методики основного массива, текущего учёта, направленного отбора, динамического наблюдения, выкопировка сведений из медицинской документации); социологический метод (методика анкетного опроса, интервьюирование); математико-статистический метод (методика распределения полученных данных в терминах таблиц сопряженности (метод Аптона), расчёт частотных характеристик, рейтинг-шкалирование по критерию сопряженности).

**Результаты и обсуждение.** Установлены основные критерии, определяющие полную, частичную удовлетворенность КЖ и неудовлетворенность КЖ на основных этапах проводимого лечения. В ходе исследования выделено 9 основных направлений анализа характеризующих КЖ, медицинскую технологию, состояние здоровья больных, удовлетворенность больных качеством медицинской помощи, личностные характеристики больных, информационную поддержку больных, распространенность опухолевого процесса, оценку среды пребывания. На основании полученных данных нами рассчитана величина вероятности «Р» (если значение вероятности оказалось менее 0,00005, то в описании приводится величина  $P = 0,0000$ ), признаки подверглись рейтинг-шкалированию и расположены по рейтингу.

Установлены основные факторы, характеризующие неудовлетворенность КЖ жизни на основных этапах лечения и определена степень их влияние на конечный результат лечения.

Среди факторов, характеризующие неудовлетворенность КЖ на этапе оперативного лечения в рейтинге на первый план выходят критерии, характеризующие качество медицинского наблюдения: неудовлетворенность работой врачей консультантов, обусловленную недостатком информации о болезни ( $P = 0,0026$ ), проявлением излишней поспешности в работе врачей консультантов ( $P = 0,0161$ ), частичная удовлетворенность лечением в послеоперационном периоде ( $P = 0,0037$ ), дефекты в работе лечащих врачей, обусловленные недостатком внимания к жалобам больных ( $P = 0,0202$ ), недостаточно быстрое реагирование младшего медицинского персонала на жалобы больных ( $P = 0,0136$ ). При оценке объективного состояния больных отмечается: наличие выраженной патологии при оценке общего состояния здоровья ( $P = 0,0136$ ) сопряженного с субъективной оценкой состояния здоровья больных до начала лечения как «тяжелое» ( $P = 0,0405$ ) и наличием отклонений от нормального заживления послеоперационной раны ( $P = 0,0405$ ). При оценке непосредственно компонентов самого КЖ можно выделить:

неудовлетворенность психологическим ( $P = 0,0143$ ) и эмоциональным состоянием ( $P = 0,0321$ ).

Следует отметить, что на этапе оперативного лечения закладываются основные предпосылки по дальнейшему формированию оценки КЖ. Так у больных, высоко оценивающих уровень своего КЖ на данном этапе лечения, статистически достоверно установлена высокая оценка КЖ на последующих этапах лечения. Формирование частичной удовлетворенности КЖ в последующем, сопровождается снижением оценки физического и эмоционального компонентов КЖ, а при проведении химиотерапии – снижением оценки психологического и социального компонентов. Таким больным в последствии требуется медикаментозная и психотерапевтическая коррекция состояния.

Среди факторов, характеризующих неудовлетворенность КЖ на этапе лучевой терапии на первый план выходят критерии личностных характеристик больных, обусловленных недостаточным интересом к личности больных ( $P = 0,0091$ ), недостатком поддержки от врачей ( $P = 0,0272$ ). При оценке медицинского наблюдения отмечается поспешность в работе заведующего отделением ( $P = 0,0136$ ). Следует отметить неудовлетворенность компонентами КЖ: психологическим ( $P = 0,0410$ ), эмоциональным ( $P = 0,0455$ ) и физическим состоянием физическим ( $P = 0,0500$ ) состоянием.

Полная неудовлетворенность КЖ влияет на снижение оценки физической составляющей КЖ, социального благополучия, эмоционального состояния. У данной группы больных чаще происходит прогрессирование заболевания.

При анализе факторов, характеризующих неудовлетворенность КЖ на этапе химиотерапии в первую очередь отметим факторы, характеризующие качество медицинского наблюдения: частичная удовлетворенность работой врача химиотерапевта ( $P = 0,0004$ ), за счет излишней поспешности в работе ( $P = 0,0002$ ), большая загруженность врачей консультантов ( $P = 0,0002$ ), заведующего отделением ( $P = 0,0009$ ). Неудовлетворенность компонентами КЖ: неудовлетворенность эмоциональным ( $P = 0,0008$ ), физическим состоянием ( $P = 0,0022$ ). Состояние здоровья больных характеризуется наличием объективных изменений ( $P = 0,0096$ ), в т.ч., выявленных при инструментальных методах исследования ( $P = 0,0233$ ) и подтверждается наличием жалоб на момент завершения лечения ( $P = 0,0091$ ). В данном случае существует необходимость решать вопросы о тактике лечения коллегиально ( $P = 0,0181$ ), с учетом данных свидетельствующих о прогрессировании заболевания ( $P = 0,0450$ ).

Таким образом, установлено, что у больных с низким качеством жизни, которое ухудшается в процессе лечения, чаще наблюдается прогрессирование заболевания.

#### **Выводы.**

1. Качество жизни является достаточно чувствительным методом оценки эффективности применяемых медицинских технологий, необходимым для проведения своевременной коррекции проводимого лечения.

2. Высокая эффективность медицинских технологий установлена у больных с высоким качеством жизни, а у больных с низким качеством жизни, которое ухудшается в процессе лечения, чаще наблюдается прогрессирование заболевания.

Литература:

1. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионova. – СПб, 2002. – 314 с.
2. Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века: монография / под ред. А.Н. Косинца, В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2006. – 328 с.